

介護老人保健施設 葵の園・ヨコハマ 利用申込書

令和 年 月 日

医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・ヨコハマ 施設長殿

申請者住所

申請者氏名

印

本人との続柄

私（次の者）は、介護老人保健施設 葵の園・ヨコハマを利用したいので、次の通り申請致します。

フリガナ				男	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
利用者氏名				女		年 月 日 歳		
住 所	〒 -							
電話番号	() -			携帯電話	- -			
希望内容	1. 入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリテーション（デイケア） ○利用希望時期：令和 年 月頃より ○部屋の希望： 従来型個室 ・ 4人部屋							
申請理由								
現在の状況	1. 在宅 2. 病院（名称： ） 3. 施設（名称： ） 4. その他（ ） 2,3,4⇒昭和・平成・令和 年 月 日～入院（所）							
退所後の予定	1. 自宅 2. 病院 3. 特別養護老人ホーム 4. 有料老人ホーム 5. グループホーム							
病名（既往歴）								
生活上の希望								
リハビリの希望								
介護保険の種別	要介護認定区分（申請中・区分変更中・要介護1・2・3・4・5）（要支援1・2） ※申請中・区分変更中の場合、申請日をお願い致します。（令和 年 月 日） 被保険者番号（ ） 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日） 介護保険限度額認定証： 無 ・ 有（第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階）							
保険の種別	国民保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ 生活保護受給 ・ その他（ ）							
同居者	氏 名	年齢	続柄	氏 名	年齢	続柄		
緊 急 連 絡 先								
	氏 名	年齢	住 所	電話番号 （自宅・携帯電話）	勤務先 電話番号	続柄		
①								
②								

※この利用申込書に記載された個人情報は、介護老人保健施設葵の園・ヨコハマの利用に関する以外に使用致しません。